FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THESE N° 55

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Etienne LE GLOUAHEC

Né le 30 août 1918, à Merlevenez (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1946

LE PLACENTA PRAEVIA

A PROPOS DE LA FREQUENCE ET DU PRONOSTIC

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Etienne LE GLOUAHEC

Né le 30 août 1918, à Merlevenez (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le 7 Février 1946

LE PLACENTA PRAEVIA

A PROPOS DE LA FREQUENCE ET DU PRONOSTIC

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. Dr A. HAHN.

Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

Qui m'ont permis de faire mes études et d'accomplir ma vocation de médecin.

A MA FEMME REGRETTEE

Sage-Femme

Ancienne Interne à la Maternité de Nancy

Décédée en mettant au monde ma petite Annick.

Qui a beaucoup contribué à me donner le goût de l'obstétrique.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à la Maternité Port-Royal
Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A TOUS MES MAITRES ET PROFESSEURS

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

Il nous a semblé intéressant d'étudier dans ce modeste ouvrage l'hémorragie, la fréquence et le pronostic du placenta praevia.

Nous avons recueilli les observations de placenta praevia qui eurent lieu à la Maternité Adolphe Pinard de l'Hôpital des Enfants-Assistés au cours des années de 1942-1943 et 1944. Nous avons pu rassembler dix cas, et ce sont eux que nous rassemblerons dans la deuxième partie de ce travail.

Il semble, en effet, que la mortalité maternelle et fœtale, quoique encore très élevée, soit en légère diminution depuis ces dernières années. D'autre part, l'opération césarienne, et en particulier la césarienne basse, est de plus en plus pratiquée en présence d'un placenta praevia. Etant donné la faible mortalité opératoire de cette intervention, il est peut-être intéressant de dresser un parallèle entre la césarienne et la régression de la mortalité.

Après ce bref rappel historique et clinique, nous exposerons rapidement quelques mots sur la fréquence, le pronostic et la conduite à tenir au cours du placenta

praevia, puis nous publierons nos dix observations et tenterons de dégager quelques remarques à propos de ces observations.

HISTORIQUE

Le placenta praevia a été trouvé au-dessus de l'orifice interne du col utérin depuis l'époque d'HIPPOCRATE. Il a été en outre mentionné par DEVENTER, MAURICEAU, PUGH et plusieurs autres; mais ces auteurs pensaient qu'il était descendu de son insertion normale sur le fond utérin. Paul PORTAL, dès 1664, affirma categoriquement que le placenta pouvait être inséré au-dessus de l'orifice interne du col, et GIFFARD, LEVRET, et particulièrement SMELLIS approuvèrent ce fait.

RIGBY, en 1775, n'en fit cependant pas moins la distinction entre placenta praevia et placenta abrupt. Il donna, en outre, le nom d'hémorragie inévitable lorsque celle-ci survient, le placenta étant praevia; et celui d'hémorragie accidentelle lorsqu'elle survient au cours du placenta abrupt. Il explique cette terminologie par le fait que, lorsque le placenta est praevia, il sera forcément décollé par les mouvements du fœtus qui avance, tandis qu'au cours du placenta abrupt, de tels décollements sont accidentels.

Enfin, SCHALLER, en 1709, fut le premier à faire la démonstration post-mortem de l'implantation du placenta au-dessus de l'orifice interne du col.

FREQUENCE DU PLACENTA PRAEVIA

Les statistiques données par différents auteurs, et portant sur la fréquence des placenta praevia par rapport au nombre des accouchements, montrent des chiffres assez variables allant de un placenta praevia pour cent cinquante accouchements; à un pour mille accouchements et même un pour mille cinq cents.

L'auteur américain DEBEE, en ce qui le concerne, donne le chiffre de un pour mille. Des statistiques assez récentes ont été dressées par SZALO. Au cours de trente années de pratique à la clinique gynécologique de l'Université de Zagreb, il a rassemblé deux cent quatre-vingt quinze cas de placenta praevia, et note une fréquence de 1,1 %. De même, R.-W. HOLMER indique une proportion de un placenta praevia pour cinq cents accouchements.

D'une façon générale, il faut noter que le placenta praevia n'est pas d'une grande fréquence, et la grande variété des chiffres. Par ailleurs, la majorité des auteurs semblent d'accord sur la plus grande fréquence de placenta praevia chez la multipare que chez la primipare, chez qui il serait cinq à dix fois moins fréquent.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Le maître-symptôme, le premier en date et le plus constant du placenta praevia, est incontestablement l'hémorragie. Elle survient habituellement dans les trois derniers mois de la grossesse, et le plus souvent vers le huitième mois. Elle survivent le plus souvent sans cause apparente; par exemple, une femme se réveille le matin baignant au milieu du sang. Cette hémorragie survient d'une façon tellement spontanée qu'un auteur américain a écrit à ce sujet qu' « une hémorragie utérine sans douleur et sans cause, apparaissant au cours du troisième trimestre de la grossesse, est presque pathognomonique du placenta praevia ».

Cette hémorragie est variable dans son volume, pouvant aller de quelques gouttes tachant le linge, à une hémorragie foudroyante en flots — et rapidement mortelle —. Chaque nouvelle hémorragie est de plus en plus abondante, pouvant amener la femme à un degré d'anémie souvent intense.

Parfois, mais plus rarement, l'hémorragie survient au début du travail. Elle apparaît alors brutalement et s'accentue lors des contractions. La rupture des membranes peut néanmoins y mettre un terme. Enfin, le plus souvent, elle s'arrête après l'expulsion du fœtus. Néanmoins, elle peut ne pas cesser et sa persistance est due à une inertie du segment inférieur.

Outre les signes généraux accompagnant habituelle-

ment les hémorragies, d'autres signes sont à noter, quoique de moindre importance que l'hémorragie.

Le col est habituellement élevé ou dévié. La présentation n'a que peu de tendance à s'engager.

Au toucher vaginal, il est parfois possible de percevoir la masse mollasse du placenta constituant le signe classique du matelas.

Enfin, le travail serait plus long et les contractions plus irrégulières chez une femme présentant un placenta praevia.

Il ressort que c'est l'hémorragie qui fait le diagnostic du placenta praevia, et il est classique de l'opposer à l'hémorragie rétro-placentaire qui survient, elle, dans les trois premiers mois de la grossesse.

PRONOSTIC DU PLACENTA PRAEVIA

Le placenta praevia est, de l'avis de tous, considéré comme grave pour la mère, et encore plus pour l'enfant, et il sacrifie chaque année plus de mères et d'enfants qu'il n'en apparaît dans les statistiques.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, Mac DONALD, sur 8.625 cas rassemblés par lui en 1911, trouve une mortalité de 7,22 %. HITSCHMAN, sur 6.438 cas. conclut à une mortalité de 6,5 %. DEBEC, dans une importante statistique rassemblée dans vingt pays différents, donne des chiffres variant entre 1 et 19 %. Enfin, pour SZABO, la mortalité maternelle est de 6,8 %; et 7 % pour HOLMER.

Il semble que, d'une façon générale, on puisse situer cette mortalité à 10 % environ pour l'ensemble des statistiques.

La mortalité fœtale est, elle, beaucoup plus importante. Les chiffres suivants ont été donnés : 75,3 % pour SZABO, 55,5 % pour Mac DONALD, 40 % pour HITSCHAN, 40 à 50 % pour HOLMER, et la statistique de DEBEE donne des chiffres échelonnés entre 10 et 80 %. Là encore il semble que, d'une façon générale, la moyenne puisse être fixée à 50 %.

Les meilleurs résultats seraient obtenus, d'après DEBEE, par les accoucheurs individuels, ce qui prouverait qu'il s'agit d'aptitude personnelle. D'ailleurs, la mortalité fœtale surtout, et maternelle, dépend dans une certaine mesure du procédé de traitement, et le

pronostic serait amélioré depuis l'emploi de l'opération césarienne.

Le pronostic, comme d'ailleurs le succès de la thérapeutique, dépend de plusieurs facteurs dont certains ne peuvent être contrôlés par l'accoucheur.

La plupart des cas de mort maternelle au cours du placenta praevia semble provenir, par ordre de fréquence, de l'hémorragie, de l'infection, de la rupture utérine et de l'embolie gazeuse. La mère saigne d'habitude dangereusement pendant le travail, car elle a dépensé son approvisionnement de sang pendant la grossesse, ou encore lorsqu'elle a été lésée lors de la délivrance. De même, le saignement préalable réduit sa résistance vis-à-vis de l'infection et du shock.

La rupture utérine semble résulter souvent de la violence exercée par l'accoucheur, mais survient, dans la majorité des cas, du fait des contractions tumultueuses de l'utérus.

Enfin, les embolies gazeuses, bien que rares, ont néanmoins été observées.

L'enfant, lui, meurt d'asphyxie par décollement ou compression du placenta, ou encore par déchirure du placenta, ou enfin par hémorragie fœtale. Parfois sa mort peut être due au fait qu'il a été utilisé comme un tampon au cours de la manœuvre de Braxton-Hicks.

Enfin, certains auteurs, et particulièrement les auteurs américains, ont insisté sur la prématurité comme cause de mort fœtale, allant jusqu'à l'invoquer dans 30 % des cas.

CONDUITE A TENIR

En présence d'un placenta praevia, en choisissant toujours le procédé le plus rapide pour évacuer l'utérus, il semble que l'hémorragie guide la conduite à tenir.

Au cours de la grossesse, si l'hémorragie n'est pas abondante, le repos au lit est recommandé ; si elle devient alarmante, la césarienne — et plus volontiers la césarienne vaginale — est recommandable, particulièrement chez les primipares.

Pendant le travail, la même expectative est de mise en cas de légère hémorragie. Sinon, en cas de placenta latéral ou marginal, on termine l'accouchement au moyen d'une version ou d'un forceps après dilatation du col s'il y a lieu. On peut avoir recours à la césarienne basse si la dilatation est incomplète.

En cas de placenta central, la césarienne est indiscutable, et on tend de plus en plus à la pratiquer sous rachianesthésie.

La césarienne est parfois suivie d'hystérectomie devant une hémorragie importante ou des signes d'infection évidente.

DEUXIEME PARTIE

Nous allons maintenant présenter nos dix observations. Les femmes dont il sera question ont toutes été suivies à la consultation de la Maternité Adolphe Pinard et leurs observations vont jusqu'à leur sortie, après douze jours de suites de couches.

OBSERVATIONS

1°. — OBSERVATION N° 570

Il s'agit d'une deuxième pare âgée de vingt-huit ans, qui entre dans le service au terme de sept mois et demi environ, parce que, depuis près de vingt-quatre heures, elle saigne, saignement d'abord léger mais qui, en augmentant d'abondance, alarme la parturiente et motive son admission.

Son premier accouchement s'est effectué normalement et son enfant est vivant. On ne note aucun antécédent héréditaire ou pathologique chez cette femme. Par ailleurs, aucun fait n'est à signaler au cours de l'évolution de sa seconde grossesse jusqu'à sept mois et demi.

A son entrée, l'examen révèle une hauteur utérine de 28 cm., des membranes rompues, et une présentation céphalique. Aucun bruit du cœur fœtal n'est perçu.

Il est procédé à une version de Braxton-Hicks, et on extrait une fille mort-née pesant 2.200 grammes.

La parturiente reçoit une transfusion sanguine de 350 grammes, 500 cc. de sérum physiologique intraveineux, et deux injections de pressyl.

Les suites de couches ont été normales.

2°. — OBSERVATION N° 264

Il s'agit d'une primipare de trente-deux ans qui entre dans le service au terme de neuf mois parce que depuis trois ou quatre

heures elle présente des hémorragies peu abondantes, mais fréquentes.

Aucun antécédent pathologique ou héréditaire n'est noté chez cette femme.

L'examen révélant un bassin généralement rétréci et le diagnostic de placenta praevia étant posé, il est pratiqué immédiatement une opération césarienne, qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 3.580 grammes. Après l'intervention, la femme reçoit 256 grammes de sang transfusé et 250 cc. de sérum physiologique contenant du pressyl, moitié dans les veines et moitié sous la peau.

Au cours des suites de couches, la température, qui était à 38° le lendemain de l'intervention, s'est abaissée pour redevenir normale dès le quatrième jour.

3°. — OBSERVATION N° 837

Il s'agit d'une septième pare âgée de quarante-et-un ans, qui entre dans le service au terme de huit mois et demi de grossesse parce qu'elle saigne depuis une heure auparavant environ.

Ses six accouchements précédents se sont effectués naturellement et à terme. Son premier enfant est décédé à l'âge de trois semaines d'une cause inconnue. Lors de son sixième accouchement, son enfant s'est présenté par la face et est décédé le troisième jour après l'accouchement.

Dans les antécédents héréditaires et pathologiques de cette femme, on ne signale que le décès de sa mère en suite de couches.

Enfin, au cours de sa septième grossesse, on ne note que la présence d'albumine dans les urines (tension artérielle : 14-9).

A son entrée dans le service, l'examen révèle une hauteur utérine de 40 cm., un utérus très tendu, des membranes intactes et un col largement perméable. Il n'a pas été perçu de bruits du cœur fœtal. De plus, aucune présentation n'a pu être atteinte lors du toucher vaginal.

La rupture artificielle des membranes donne issue à un flot

important de liquide amniotique ainsi qu'à une main et au cordon ombilical.

Il est procédé à la pose d'un ballon de Champetier de Ribes de 700 cc. et deux heures et demie après on extrait, à la suite d'une version par manœuvres internes, un enfant mort-né pesant 4 690 grammes et mesurant 56 cm. Peu après, le placenta est extrait par préhension manuelle suivie d'une révision de l'utérus. Le poids du placenta est de 730 grammes.

Cette femme reçoit dans les douze heures qui suivent son accouchement 200 grammes de sang transfusé, 250 cc. de sérum physiologique, deux injections de solucamphre, une hypophyse et un pressyl.

Les suites de couches ont été fébriles pendant deux jours avec 38° de température. On ne note qu'un crochet à 38°4 le onzième jour. Le reste du temps la température a été normale jusqu'au dix-neuvième jour après son accouchement.

Deux formules sanguines pratiquées avant la transfusion et au quinzième jour donnent respectivement les chiffres suivants :

	Avant la transfusion	15 jours après l'accouchement
Hémoglobine	70 %	70 %
Globules rouges	2.820.000	3.330.000
Globules blancs	19.500	6.300
Poly-neutro.	85	75
Poly-éosino	1	5
Lympho.	5	12
Lymphoblastes	2	1
Grands lympho	6	6
Monocytes	1	2

4°. — OBSERVATION N° 716

Il s'agit d'une deuxième pare âgée de vingt-six ans qui vient accoucher au terme de huit mois environ. Son premier accouchement s'était passé normalement et son enfant était vivant.

L'examen pratiqué lors de son entrée dans le service montre une tête fœtale dans la fosse iliaque gauche. La tension est à 9-5. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Mais cette femme perd du sang depuis trois jours, alors qu'elle n'avait signalé aucune hémorragie au cours de sa grossesse. Le diagnostic de placenta praevia est porté le lendemain et l'on administre de l'hémocagulène.

Le lendemain, une hémorragie abondante survient, de 400 gr. environ, et les bruits du cœur de l'enfant ne sont plus perçus. Des contractions douloureuses apparaisesnt et, quatre heures après, la femme accouche naturellement d'un enfant mort-né.

Les suites de couches sont fébriles, notamment vers le septième, huitième jour où la température atteint 38°8. On note, en effet, une réaction pleurale lymphocytaire et amicrobienne. La fièvre ne tombe que vers le treizième jour après de courtes séries de sulfamides de 15 grammes chacune.

Notons encore qu'une transfusion sanguine de 200 grammes fut pratiquée le jour de l'accouchement. Une formule sanguine effectuée le surlendemain de l'accouchement donne les chiffres suivants :

Globules rouges	2.800.000
Globules blancs	12.600
Hémoglobine	65 %
Poly-neutro	75
Lymphocytes	16
Grands lymphocytes	2
Monocytes	5
Moyens monocytes	2

5°. — OBSERVATION N° 1.773

Il s'agit d'une cinquième pare de trente-et-un ans qui entre dans le service parce qu'elle perd du sang. Depuis un mois, cette femme a fait plusieurs hémorragies dont une importante. A son entrée, le terme de neuf mois est sensiblement atteint.

Les quatre accouchements précédents ont été normaux et les enfants vivants.

On ne note aucun antécédent personnel ou collatéral.

L'examen pratiqué à l'entrée révèle une hauteur utérine de 36 cm., une présentation céphalique élevée et l'absence de tout travail. Au toucher vaginal, on note une sensation de matelas caractéristique. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

Le diagnostic de placenta praevia étant porté, une opération césarienne haute est immédiatement pratiquée, suivie de stérilisation par ligature des trompes. On extrait une fille vivante pesant 3.620 grammes, le placenta étant de 820 grammes.

Les suites de couches sont normales. Le jour de l'opération, la femme reçoit 250 grammes de sang transfusé et 500 cc. de sérum physiologique.

Deux formules sanguines effectuées trois et sept jours après l'accouchement donnent respectivement les chiffres suivants :

Globules rouges	2.860.000	3.500.000
Globules blancs	16.400	11.400
Hémoglobine	75 %	75 %
Poly-neutro	81	76
Lympho.	11	16
Grands lympho	2	1
Monocytes	4	4
Cellules de Turck	1	1
Noyaux libres	1	1
Lympho blastes	1	1
Poly-éosino	1	1

6°. — OBSERVATION N° 1.841

Il s'agit d'une quatrième pare, âgée de trente-quatre ans, qui entre dans le service parce que, depuis une heure et demie environ, elle a des pertes de sang abondantes. Elle est à terme.

Jusque-là, sa grossesse avait évolué normalement. Les trois accouchements précédents avaient été normaux et les enfants vivants.

L'examen montre une présentation céphalique mobile. Le col est épais et dilaté à un franc. Les membranes sont intactes et les bruits du cœur fœtal normaux.

On diagnostique un placenta praevia.

Une césarienne basse permet d'extraire, deux heures après, une fille vivante pesant 3.400 grammes (poids du placenta 790 grammes).

Le jour même, la femme reçoit 150 grammes de sang transfusé et 500 cc. de sérum physiologique sous la peau.

Les suites de couches sont normales, apyrétiques.

La formule sanguine est la suivante :

Globules rouges	3.230.000
Globules blancs	14.100
Hémoglobine.	75 %
Poly-neutro	68
Poly-éosino.	1
Lympho	15
Grands lympho	2
Monocytes	7
Myélocytes baso	6
Noyaux libres	1

7°. — OBSERVATION N° 1.798

Il s'agit d'une troisième pare âgée de trente-trois ans, qui entre dans le service au septième mois de sa grossesse parce qu'elle perd quelques caillots de sang.

La veille, elle avait été examinée à la consultation des femmes enceintes de la Maternité. Le col était long, fermé et il n'y avait aucun signe de travail. Mais cette femme disait avoir perdu les eaux. La grossesse avait évoluée normalement si ce n'est une présentation transverse de l'enfant.

Les deux premiers accouchements avaient été normaux. Le deuxième enfant est mort à l'âge de quatre mois d'une méningite. Il y a trois ans, cette femme a fait une fausse-couche d'un mois, suivie de curettage. Par ailleurs, il n'y à aucun antécédent pathologique ou héréditaire.

L'examen à l'entrée révèle une hauteur utérine de 32 cm., une présentation transverse et des bruits de cœur fœtal normaux. Le toucher vaginal montre un col long et déhiscent. Le diagnostic de placenta praevia est porté.

Une césarienne haute, suivie d'hystérectomie, pratiquée la nuit suivante, permet d'extraire une fille vivante pesant 2.150 grammes et présentant une hydrocéphalie et les deux pieds bots. Le placenta adhérait en totalité au segment inférieur.

Une tentative de version avait été vainement pratiquée entre temps.

Le jour de l'intervention, la femme reçut 500 cc. de sérum physiologique sous la peau.

Les suites de coucehs furent subfébriles (aux environs de 38°) pendant treize jours.

8°. — OBSERVATION N° 346

Il s'agit d'une deuxième pare âgée de vingt-quatre ans, qui entre dans le service parce qu'elle saigne depuis une douzaine d'heures environ. Elle est à son huitième mois environ.

La première grossesse avait été normale; toutefois une application de forceps fut nécessaire à l'accouchement. L'enfant est vivant et bien portant.

A son entrée, la hauteur utérine est à 31 cm., la présentation céphalique est élevée et très mobile. Il n'y a pas de dilatation et les bruits du cœur fœtal sont normaux.

Peu après son entrée, à la suite d'expulsion de gros caillots, la femme présente un état de shock, et les bruits du cœur fœtal s'assourdissent. On pratique une injection de 250 cc. de sérum

glucosé intra-veineuse et une transfusion sanguine de 400 grammes. Il se produit un nouveau shock et les bruits du cœur fœtal disparaissent.

Il est pratiqué immédiatement une césarienne basse, suivie d'hystérectomie, qui permait d'extraire une fille mort-née pesant 2.500 grammes (poids du placenta : 450 grammes).

L'intervention est suivie d'une administration de 500 cc. de sérum physiologique sous la peau et de 500 grammes de sang transfusé dans les veines.

Les suites de couches comportent trois clochers fébriles les troisième, neuvième et quinzième jours, et qui sont respectivement de 38°8, 38°2 et 38°6, sur un fond subfébrile aux environs de 37°5, 37°7.

Une formule sanguine, pratiquée dans la deuxième semaine qui a suivi l'accouchement, donne les chiffres suivants :

Globules rouges	4.120.000
Globules blancs	15.600
Hémoglobine	80 %
Poly-neutro	78
Myélocytes neutres	2
Poly-éosino	2
Lympho	5
Grands lympho	7
Noyaux libres	1
Monocytes	5

Il existe une légère anisocytose et poïkylocytose.

9°. — OBSERVATION N° 1.883

Il s'agit d'une sixième pare de trente ans, qui entre dans le service au septième mois de sa grossesse pour hémorragies légères datant de vingt-quatre heures environ.

Les cinq premiers accouchements de cette femme ont été nor-

maux et les enfants vivants. Ils ont été suivis de deux fausses-couches, respectivement de six semaines et de quatre mois et demi, cette dernière suivie de curettage.

Au cours de cette dernière grossesse, elle a présenté au cinquième mois une hémorragie abondante qui avait motivé son repos au lit.

On ne note aucun antécédent pathologique ou héréditaire.

A son entrée dans le service, on relève à l'examen : une hauteur utérine de 26 cm., un col long et souple, une présentation transversale. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

Trois jours après son entrée, la femme ayant continué de saigner malgré le repos et l'administration de progestérone, le diagnostic de placenta praevia est porté. Une hémorragie abondante survient ce même jour à la suite de laquelle on effectue une manœuvre de Simpson, puis une manœuvre de Braxton-Hicks avec traction continue sur un pied.

Le lendemain, elle accouche d'une fille mort-née pesant 1.700 grammes (poids du placenta : 460 gr.).

Elle reçoit immédiatement après 500 grammes de sang transfusé dans les veines et 250 cc. de sérum physiologique sous la peau.

Les suites de couches n'ont été troublées que par une élévation de température à 37°8 le sixième jour. Elle est sortie du service douze jours après son accouchement.

10°. — OBSERVATION N° 2.688

Il s'agit d'une deuxième pare âgée de quarante-et-un ans qui entre dans le service, à terme, parce qu'elle saigne et a perdu trois gros caillots.

Son premier accouchement s'est effectué à terme, mais elle avait présenté un placenta praevia et avait acocuché d'un enfant mort-né.

Une seconde grossesse avait abouti à un avortement au quatrième mois.

Au cours de sa dernière grossesse, cette femme présente, dès le septième mois, des petites hémorragies répétées.

Lors de son entrée dans le service, l'examen révèle : une hauteur utérine de 40 cm., une présentation du siège non engagé, un col perméable et des membranes intactes. En outre, le doigt vaginal atteint le promontoire (diamètre promonto-sous-pubien : 11 cm.). Il n'y a aucune douleur, aucun travail.

Cette femme présente des tendances ecchymotiques nettes, un temps de saignement de 2'7", un temps de coagulation de 7' et un signe du lacet nettement positif. Aussi on décide un traitement anti-hémorragique avant l'intervention.

Pendant quarante-huit heures, cette femme perd continuellement un filet de sang rouge, et à six reprises différentes elle présente une hémorragie de moyenne abondance avec gros caillots. Après une transfusion sanguine de 200 grammes, une césarienne basse permet d'extraire une fille vivante pesant 3.770 grammes (poids du placenta : 480 grammes).

Deux heures un quart après l'intervention, la femme meurt de choc hémorragique, malgré le camphre, le pressyl, le sérum intraveineux et l'adrénaline intra-cardiaque.

RESUME

Après cet exposé de nos dix observations, nous pourrons dresser une vue d'ensemble de ces cas en un tableau général. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de noter dans ce tableau, outre les divers renseignements relatifs à la mère et à l'enfant, la date et le caractère des hémorragies, le caractère normal ou fébrile des suites de couches, le mode d'accouchement, et enfin la thérapeutique visant à pallier à la déperdition sanguine.

Ensuite, nous tenterons de dégager les diverses conclusions qui en découlent.

TABLEAU GENERAL DES DIX OBSERVATIONS

N° de l'observation	Terme	Parité	Age	V = enfant vivant M. N. = enfant mort-né	Poids de l'enfant	Poids du placenta	Date de l'hémorragie	Mode d'accouchement	Suites de couches
264	9 mois	I	32 ans	V	3.580	600	Depuis 3-4 heures.	Césarienne basse	F
346	8 mois	II	24 ans	M. N.	2.500	450	Depuis 12 heures gros caillots 2 shocks.	Césarienne basse et hystérectomie	F
570	7 mois ½	II	28 ans	M. N.	2.200	520	Depuis 24 heures.	Braxton-Hicks	N
716	8 mois	II	26 ans	M. N.	2.500	450	Depuis 3 jours une hémorragie abondante.	Naturel	F
837	8 mois ½	VII	41 ans	M. N.	4.690	730	Depuis 1 heure.	Ballon dilatateur Version interne Grande extraction	F
1773	9 mois	V	36 ans	V	3.620	820	Depuis 1 mois + 1 hémorragie importante.	Césarienne haute	N
1798	7 mois	III	33 ans	V	2.150	490	Quelques caillots le jour même.	Césarienne haute	F
1841	9 mois	IV	34 ans	V	3.400	790	Abondante depuis 1 heure ½.	Césarienne basse	N
1883	7 mois	VI	30 ans	M. N.	1.700	460	1 hémorragie abondante au 5e mois, hémorragies répétées depuis 24 heures dont 1 abondante.	Braxton-Hicks	F
2688	9 mois	II	41 ans	V	3.770	480	Plusieurs hémorragies depuis le 7e mois— Perd à nouveau depuis 48 heures.	Césarienne basse	Décès

I. — *Fréquence du placenta praevia.*

Pendant les années 1942 — 1943 — 1944, 7.494 accouchements ont eu lieu à la Maternité Pinard. Pendant le même laps de temps, nous avons relevé 10 cas de placenta praevia.

Il ressort donc que le placenta praevia a été observé avec une fréquence de 0,13 %, c'est-à-dire 1 placenta praevia pour 750 accouchements environ.

II. — *Influence de la parité.*

Parmi nos dix observations, nous avons relevé neuf cas où le placenta praevia a été observé chez une multipare et un cas seulement chez une primipare. Donc il a été neuf fois plus fréquent chez la multipare, ce qui semble être en accord avec la moyenne des chiffres publiés dans les dernières statistiques. En outre, le placenta praevia a été le plus fréquent chez la secondipare, où nous l'avons trouvé quatre fois.

III. — *Influence de l'âge.*

En ce qui concerne l'âge de la parturiente, nous pouvons dresser le tableau suivant :

De vingt à vingt-quatre ans : une fois.

De vingt-cinq à vingt-neuf ans : deux fois.

De trente à trente-quatre ans : cinq fois.

De trente-cinq à trente-neuf ans : aucune.

De quarante ans et plus : deux fois.

Nous constatons que c'est surtout après l'âge de trente ans qu'on observe le placenta praevia, puisque

celui-ci y a été observé sept fois sur dix, et particulièrement entre l'âge de trente à trente-quatre ans, où il s'observe dans la moitié des cas.

IV. — *Poids de l'enfant.*

Dans cinq cas, le poids de l'enfant n'a pas dépassé 2.500 grammes, c'est-à-dire dans la moitié des cas.

Cependant il ne semble pas que le poids de l'enfant ait un rôle sur l'apparition du placenta praevia. Ce fait est plutôt en rapport avec la prématurité qui est très fréquente, comme nous allons le voir.

V. — *Effet du placenta praevia sur la durée de la gestation.*

Parmi nos dix observations, trois enfants seulement sont nés à terme et un près du terme, un est né à huit mois et demi, trois à huit mois et deux à sept mois et demi.

Il existe donc une proportion de sept femmes sur dix, soit 70 %, qui n'ont pu mener leur grossesse jusqu'au terme, du fait du placenta praevia. Cette proportion est assez importante si l'on considère que durant la même période il a été observé environ 50 % d'accouchements prématurés, chiffre qui a été supérieur, au cours de ces dernières années de guerre, à ce qu'il était auparavant.

VI. — *Mortalité maternelle.*

Une femme est décédée de choc hémorragique parmi les dix cas observés, soit une mortalité maternelle de 10 %.

VII. — *Mortalité fœtale.*

La mortalité fœtale est assez élevée puisque nous avons relevé cinq cas de fœtus mort-nés, soit une proportion de 50 %, chiffre qui semble en accord avec la moyenne des chiffres publiés par les divers auteurs.

VIII. — *Date du début de l'hémorragie.*

Si l'on examine la date du début de l'hémorragie, il ressort qu'elle a lieu le plus souvent du septième au huitième mois puisqu'on l'a relevé dans plus de la moitié des cas. Il n'a jamais été observé d'hémorragie avant le cinquième mois, et deux fois seulement l'hémorragie est apparue à terme.

Il est peut-être intéressant de noter, en outre, que la plupart du temps cette hémorragie n'est apparue que dans les heures qui précèdent l'admission de la parturiente.

IX. — *Importance de l'hémorragie.*

Dans six cas, soit 60 %. l'hémorragie a été importante, nécessitant une intervention rapide.

X. — *Les interventions.*

En ce qui concerne les interventions pratiquées pour pallier au placenta praevia, nous avons dressé le tableau suivant :

Césarienne basse	4
Césarienne haute	2
Manœuvre de Braxton-Hicks	2
Grande extraction après version et pose de ballon dilatateur	1

Une seule fois l'accouchement s'est terminé spontanément, c'est-à-dire qu'il a fallu intervenir neuf fois sur dix, c'est-à-dire dans la proportion de 90 % des cas.

Par ailleurs, dans 60 % des cas, on a pratiqué une opération césarienne, dont 40 % de césarienne basse, c'est dire l'importance que revêt cette intervention dans la thérapeutique du placenta praevia. Le décès d'une femme a été constaté au cours de cette intervention, mais il fut causé par le shock d'une hémorragie abondante.

Notons encore qu'un seul enfant mort-né fut extrait à la suite d'opération césarienne, alors que deux le furent à la suite des deux manœuvres de Braxton-Hicks.

CONCLUSION

1°. — Le placenta praevia a été observé dans la proportion de 0,13 % au cours des années 1942 — 1943 et 1944 à la Maternité Pinard.

2°. — Le placenta praevia semble neuf fois plus fréquent chez les multipares que chez les primipares.

3°. — Le placenta praevia survient surtout après l'âge de trente ans, et particulièrement entre trente et trente-cinq ans.

4°. — La grossesse paraît interrompue avant terme dans près de 70 % des cas de placenta praevia.

5°. — La mortalité maternelle a été de 10 % et la mortalité infantile de 50 %.

6°. — L'hémorragie au cours du placenta praevia semble survenir le plus fréquemment entre le septième et le huitième mois de la grossesse.

7°. — Dans 90 % des cas, il a été nécessaire de recourir à l'accouchement artificiel et dans 60 % des cas à l'opération césarienne.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
PORTES

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Aldridge et Parks. — Résultat final dans 400 cas de placenta praevia. (*Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, novembre 1938).

Anderodias (P.). — Sur le traitement en présence d'un placenta praevia hémorragique. (*Deut. Med. Woch.*, juin 1936).

Ballhom (W.). — Zur placenta praevia therapie. (*Arch. für Gynekologie*, mars 1925).

Bovis (de). — Les hémorragies du post-partum du placenta praevial et leur hémostase. (*Sem. Méd.*, 1909, nº 8).

Brindeau et Brouha. — Le placenta praevia. (In Bar et Brindeau).

Brouha. — Gynécologie et Obstétrique, 1922.

Bar. — L'Obstétrique, septembre 1909.

Brindeau. — L'art des accouchements. 1924.

— Traitement du placenta praevia.

Champetier de Ribes. — Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Arch. Gyn. et Obst.*, 1911, p. 215).

Caruso (F.). — Proposte relative al trattamento chirurgic della placenta praevia centrale. (*Arch. de Ost. et Genico.*, 1900).

Coirint (F.). — Le placenta praevia. (*Thèse*, Strasbourg, 1920).

Coffier (P.). — Sur le traitement en présence d'un placenta praevia hémorragique. (*Deut. Med. Woch.*, juin 1936).

Deflandre. — Du placenta inséré sur le segment inférieur. (*Thèse, de Lille*, 1911).

Demelin et Devraigne. — Insertion vicieuse du placenta. (Manuel de l'accoucheur).

DORANTH. — Chrobak's Berichte und arbeiter. (Vienne, 1897).

FABRE. — Précis d'obstétrique. 1938.

GOODMAN. — Cervical placenta praevia. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, october 1911).

HITSCHMANN. — Placenta praevia. (Vienne, 1920).

MOSETTIG (E.). — Résultats statistiques de l'accouchement dirigé en présence du placenta praevia. (*Wien. Med. Woch.*, avril 1939, t. LXXXIX, n° 16).

METZGER. — L'accoucheur moderne. (Presses Universitaires, Paris, 1942).

MAC DONALD. — (*Surg. Gyn. and Obst.*, juin-juillet 1911).

MONTIBERT. — La version de Braxton-Hicks à la clinique obstétricale de Lyon dans le traitement du placenta praevia. (*Thèse*, Lyon, 1917).

RUBEN. — Le placenta cervical. (*Amer. Journ. of Obst.*, 1913).

THELIN. — Traitement du placenta praevia. (*Revue de la Suisse Romande*, février 1921).

SI SZABO. — Placenta praevia. (*Lijeckich Vjesnick*, 1936, t. LVIII, n° 1).

VIGNES (H.). — Insertion du placenta sur le segment inférieur. 1934.

ZANGEMEISTER et SCHILLING. — Placenta cervical. (*Monatschr. für Geburst.*, 1922).

ZANGEMEISTER. — (*Monatschr. für Geb. Gyn.*, october 1922).

EKAS (W.-L.). — Traitement conservateur du placenta praevia. (*New-York States Journ. Med.*, mars 1936).

JEANNIN. — Les hémorragies de la première moitié de la grossesse. (*Journ. du Prat.*, mars 1936).

MACKENZIE (L.-L.). — Etude statistique du traitement du placenta praevia. (*Amer. Journ. Obst. Gyn.*, avril 1937).

WITLAIN (E.). — Sur la grossesse cervicale. (*Zent. Gyn.*, février 1938).

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).